

不育症治療費医療機関証明書

年 月 日

南相馬市長

所在地
名称
主治医氏名
担当者
電話番号

下記の方について、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
治療内容	治療期間	年 月 日 から 年 月 日
	※該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。	
	☐ ヘパリン	（ ）
	☐ 低容量アスピリン	（ ）
	☐ 漢方薬	（ ）
☐ その他	（ ）	
治療期間における領収金額	（本院での治療にかかった金額合計） 円	
不育症治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名		
院外処方による投薬の有無		無 ・ 有